2me Année.] CAHIER DE SEPTEMBRE 1861. [Numéro 6.

ANNALES

DE

L'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

REVUE INTERNATIONALE

de l'Electricité, du Galvanisme, de l'Électro-Puncture et du Magnétisme,

APPLIQUÉS A LA MÉDECINE ET A LA CHIRURGIE,

PUBLIÉES PAR UNE RÉUNION DE MÉDECINS,

SOUS LA DIRECTION

DU DOCTEUR H. VAN HOLSBÉEK.

P.D 4

DEUXIÈME VOLUME.

Koninklijke Bibliotheek 's Hage.
Verwijderd K. B.

BRUXELLES,
TIRCHER, IMPRIMEUR-LIBRAIRE,
20, RUE DE L'ÉTUVE, 20.

1861

Ce Recueil paraît tous les mois par feuille de 16 pages in-8°.

PRIX DE L'ABONNEMENT PAR AN :

Pour la Belgique, 5 fr. — Pour l'étranger le port en plus,

payables à la réception du premier cahier.

—

S'adresser pour tout ce qui concerne la Rédaction,
AU DIRECTEUR DES *ANNALES*, RUE DU MARAIS, 73.

POUR LES ABONNEMENTS

A BRUXELLES, à la libr. méd. de TIRCHER.—A PARIS, chez J.-B. BAILLIÈRE et Fils.
A MADRID, chez BAILLY-BAILLIÈRE.

Les lettres, paquets et envois de fonds doivent être affranchis.

Tout ouvrage dont un double exemplaire sera envoyé à la Rédaction,
aura droit à un Compte-rendu.

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. WellMOmec
Call
No.

ANNALES DE L'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE.

SEPTEMBRE 1861.

Travaux originaux.

SIXIÈME LETTRE.

A M. LE DOCTEUR H. VAN HOLSBÉEK, directeur des *Annales de l'Électricité médicale.*

MONSIEUR ET TRÈS-HONORÉ CONFRÈRE,

En parcourant, dans ces derniers temps, les diverses observations électro-thérapeutiques, publiés dans les *Annales,* et auxquelles, en général, se rattache un grand intérêt; en revoyant aussi celles qui se trouvent éparses, depuis plusieurs années, dans différents journaux de médecine, j'ai fait souvent la remarque de la regrettable confusion qui existe dans le langage des électriciens.

En effet, la plupart de ceux qui rapportent des observations de guérisons obtenues par l'électricité, ont le grand tort de ne pas préciser la méthode ou les appareils qu'ils ont mis en jeu. Quelques-uns, emploient le mot *galvanisation* à propos des courants d'induction; d'autres parlent d'électrisation sans déterminer s'ils ont en vue ces derniers, ou les courants voltaïques continus. Quand il s'agit des courants intermittents, la plupart encore ne s'inquiètent guère de déterminer s'ils ont employé le courant inducteur ou le courant induit, ni le degré de tension qu'ils ont développé, ni la durée d'action des courants.

Cette négligence ôte la plus grande partie de leur mérite à beaucoup des observations qui ont été publiées. Si l'on veut que les observations profitent à l'électro-thérapie, il est indispensable de les entourer des détails et des renseignements méthodiques que l'on a coutume d'apporter dans toutes les observations cliniques.

S'il s'agit de la pile, il faut absolument préciser quelles sortes

d'éléments ont été employés, déterminer leur volume, et dire s'ils ont été disposés en tension ou en quantité.

Il est indispensable encore de bien établir comment et sur quels points les réophores ont été appliqués, quels étaient leur volume, leur forme et leurs dimensions, et quelle a été la disposition des pôles.

Les mêmes renseignements doivent accompagner aussi l'application des courants d'induction, et ici, la distinction des courants inducteur et induit est d'une importance capitale.

M. Duchenne, de Boulogne, a, des premiers, compris la grande importance des dénominations propres à préciser l'action : 1° de l'électricité statique ; 2° des courants continus ; 3° des courants d'induction. Il a proposé le mot *électrisation* pour la première, *galvanisation* pour les seconds, *faradisation* pour les troisièmes.

Certes, les efforts de cet éminent praticien sont des plus louables, puisqu'ils tendent à dissiper une confusion jusqu'ici si fâcheuse. Malheureusement, le mot *faradisation,* qu'il a proposé pour désigner les courants d'induction, a quelque chose de choquant dans sa consonnance et il manque lui-même de précision. S'il rend justice complète au savant physicien anglais, il élimine trop absolument d'autres physiciens dont les noms se lient aussi intimement aux découvertes et aux progrès de l'électricité d'induction. Tel est, pour le Danemark, le nom d'OErsted ; tels sont, pour la France, les noms d'Ampère, d'Arago, de M. Masson. Consacrer, par un mot, la gloire de Faraday, c'est être juste pour lui, mais injuste pour les autres. D'ailleurs, la dénomination proposée par M. Duchenne renferme en elle-même de l'obscurité.

Il nous semble que, pour être clair dans le langage de l'électrothérapie, il est nécessaire d'employer, pour l'application des courants d'induction, des mots qui caractérisent à la fois leur nature et leurs propriétés. Or, on ne peut être précis qu'à la condition d'adopter les dénominations suivantes : courant inducteur et courant induit *volta-magnétique,* pour les appareils à pile ; courant inducteur et courant induit *magnéto-électrique,* pour les appareils à rotation.

D'une part, il importe essentiellement que, dans la pratique,

les appareils *volta-magnétiques* et les appareils *magnéto-électriques* soient parfaitement distingués, et le mot faradisation tend à les confondre les uns avec les autres. D'un autre côté, dans les appareils volta-magnétiques, il y a tant de différence entre les propriétés du courant inducteur et du courant induit, que les observations où l'on ne précisera pas l'emploi de l'un ou de l'autre perdront une partie de leur intérêt.

Supposons que l'on ait traité une névralgie par la méthode révulsive, si l'auteur a simplement recours au mot *faradisation,* il laissera le lecteur dans une ignorance complète de son procédé. Il faut, d'après les principes aujourd'hui acquis à l'électro-thérapie, qu'il désigne l'emploi du courant *induit* volta-magnétique ou magnéto-électrique.

Autre exemple : On a traité une affection de nature hypersthénique à laquelle on a eu la prétention d'opposer des courants *hyposthénisants*. Le mot faradisation, employé dans ce cas, ne précise rien. Il faudrait dire : faradisation par le courant *inducteur* volta-magnétique, car le courant inducteur magnéto-électrique ne peut être qu'*excitant*.

Sans doute, il serait à désirer que l'on pût représenter chacune de ces idées différentes par un seul mot. En attendant que ce mot clair et précis soit trouvé, ne vaut-il pas mieux recourir à une périphrase qui ne laisse rien d'obscur?

Si ces réflexions sont appréciées par vos lecteurs, je souhaite qu'elles amènent une entente satisfaisante dans le langage des électriciens, et j'applaudirai de grand cœur aux propositions qui pourront être faites à ce point de vue.

Agréez, Monsieur et très-honoré confrère, mon salut amical.

Dr Nivelet.

Commercy, 6 août 1861.

Clinique électro-médicale.

—

I. Paralysie du voile du palais. — Le 18 juillet 1861, se présenta à notre consultation gratuite la nommée Anne Catherine V..., âgée de 17 ans, sans profession, demeurant à Evere.

Cette fille forte et bien constituée n'a jamais été malade. Il y a deux mois environ, elle se refroidit pendant l'époque menstruelle. Les règles cessèrent aussitôt de fluer et elle fut atteinte en même temps d'une angine simple, laquelle céda promptement à quelques adoucissants, mais en laissant après elle une paralysie du voile du palais.

Voici le résumé des symptômes que nous notâmes chez notre malade. La voix était nasillarde et gutturale; la déglutition était extrêmement difficile, la boisson ressortait par le nez et provoquait des vomissements fort pénibles ; le voile du palais était fortement abaissé, il était insensible et ne se contractait pas sous l'influence de l'excitant électrique, son bord touchait la base de la langue.

Nous nous décidâmes à appliquer sans retard l'électricité. Nous nous servîmes de notre appareil électro-magnétique et nous fîmes usage du courant de *premier ordre*. Nous appliquâmes l'excitateur œsophagien (*pôle positif*) directement sur le voile du palais et un excitateur musculaire (*pôle négatif*) garni d'une éponge humide au-devant du cou. La séance dura environ un quart d'heure. Nous renouvelâmes les séances tous les jours, le dimanche excepté.

A partir de la sixième séance la sensibilité et la contractilité étaient revenues dans le voile du palais. La malade vidait un verre d'eau d'un trait. La voix demeurait toujours nasillarde.

A la dix-septième séance les règles étaient rétablies et la malade avait complétement récupéré la voix. Le voile du palais avait repris sa place; il était redevenu sensible et mobile.

Cette observation relatée rapidement nous paraît digne de fixer l'attention des praticiens, à cause de la rareté de la paralysie du voile du palais d'une part, et parce qu'elle démontre, d'autre part, ce qu'on est en droit d'attendre de l'emploi rationnel de l'électricité dans le traitement d'une maladie contre laquelle les moyens préconisés échouent généralement.

II. Hydrocèle. — Le nommé André S..., typographe, âgé de 47 ans, demeurant à Bruxelles, vint nous consulter le 17 décembre 1860, pour une hydrocèle volumineuse du côté gauche, datant de sept mois environ. Cette tumeur était vierge de tout trai-

tement. Nous résolûmes de faire usage de l'électro-puncture. Nous placâmes le malade dans une position aisée et nous introduisîmes dans la tumeur aqueuse deux aiguilles confectionnées *ad hoc,* l'une dans la base, l'autre dans le sommet de l'hydrocèle, et nous les mîmes en contact avec les pôles du courant de *premier ordre* de notre appareil électro-magnétique. Nous commençâmes par un courant faible que nous augmentâmes insensiblement. L'opération dura environ un quart d'heure. La tumeur avait complétement disparu le lendemain. Nous avons l'occasion de revoir souvent cet ouvrier. Jusqu'ici la tumeur n'a pas reparu.

L'électro-puncture a un effet double dans le traitement de l'hydrocèle. En effet, d'une part les ouvertures faites par les aiguilles introduites dans la poche séreuse, ouvertures dont les bords sont cautérisées, permettent au liquide épanché dans la tunique vaginale de s'en échapper et d'aller s'infiltrer dans le tissu cellulaire où il est absorbé endéans les vingt-quatre heures; et d'autre part, la vitalité de la poche séreuse est réveillée à un point tel sous l'influence de l'excitant électrique que la reproduction du liquide n'a plus lieu ordinairement.

III. Tremblement du bras droit. — La nommée Marie Ter..., âgée de 39 ans, marchande, demeurant à Bruxelles, se présenta à notre consultation gratuite le 23 juillet 1861. Cette femme n'a jamais été malade. Elle se leva un matin, il y a plus de six mois, éprouvant une lourdeur excessive dans le bras droit. Elle ne pouvait plus soulever le membre qu'avec peine, et il lui était tout à fait impossible de saisir aucun corps avec la main. Elle ne connaissait aucune cause à son affection et elle avait subi différents traitements qui étaient demeurés sans résultats. Nous électrisâmes les muscles du membre malade à l'aide du courant de *premier ordre* et d'excitateurs musculaires garnis d'éponges humides. Les séances furent répétées tous les jours et durèrent environ vingt minutes chacune. A partir de la quatrième séance il se manifesta une amélioration notable : le tremblement avait cessé et la force musculaire était revenue sensiblement. La guérison fut radicale après la treizième séance.

Le tremblement borné à un membre est une affection assez

rare, il indique quelquefois une paralysie commençante. Le tremblement ne compromet jamais la vie par lui-même, mais il constitue en général une infirmité rebelle et souvent incurable. De toutes les médications préconisées, la médication électrique est certes celle qui donne le plus constamment des succès durables, quand le malade a été soustrait à la cause du tremblement ; cela ressort de notre pratique quotidienne, et l'observation que nous venons de transcrire rapidement vient corroborer notre manière de voir. Dr Henri van Holsbéek.

Revue électro-thérapeutique.

—

I. — De l'emploi de la faradisation dans le traitement des engorgements et déviations de l'utérus et de l'hypertrophie prostatique ; par M. le Dr Tripier, de Paris.

(*Suite et fin. — Voir notre cahier d'août,* p. 76.)

B. *Déviations de l'utérus.* — Les engorgements utérins sont, dans la grande majorité des cas, compliqués de *versions* ou de *flexions*. Les indications qui ressortent de ces complications sont les mêmes pour les antéversions et les antéflexions, pour les rétroversions et les rétroflexions. Dans ces circonstances, on doit essayer d'agir sur l'une des faces de l'utérus plutôt que sur l'autre, faire contracter la face postérieure dans les antéversions ou les antéflexions, et la face antérieure dans les rétroversions ou les rétroflexions. Pour cela, on remplacera le réophore bifurqué recto-abdominal par un réophore simple aboutissant à l'excitateur sus-pubien lorsqu'on se proposera de faire contracter surtout la face antérieure, ou à l'excitateur rectal si l'on veut agir plutôt sur la face postérieure.

Lorsque la déviation est trop prononcée pour permettre d'embrasser l'orifice cervical dans le champ du spéculum, on se servira d'un excitateur utérin recourbé vers son extrémité qu'on engagera dans le canal du col. Le doigt qui a pratiqué le toucher servira de conducteur pour l'introduction de cet excitateur.

Dans les cas où l'utérus est retenu dans une position vicieuse

par des adhérences ou par des brides, on ne peut espérer de faire cesser facilement les déviations de cet organe. La déviation et la congestion chroniques se compliquent alors réciproquement, au point de jouer vis-à-vis l'une de l'autre le double rôle de cause et d'effet. L'utérus peut être comparé à une éponge contractile qui s'emplit tous les mois et devrait se vider quelques jours après. Les causes de congestion périodique lui sont en partie extérieures, mais une foule de conditions peuvent faire qu'il soit incapable de se vider convenablement. Les déviations permanentes deviennent par là une cause d'engorgements qu'on peut croire tout d'abord difficilement curables. Cependant une séance de faradisation pratique chaque mois, quelques jours après l'époque menstruelle, a paru à M. Tripier, dans un cas de cette nature, procurer un soulagement marqué.

Flexions de la matrice. — Quand on examine sur le cadavre un utérus fléchi, on constate tout d'abord la déformation à laquelle la maladie doit son nom : Vers le niveau de l'orifice intérieur du col, l'organe est plié sur lui-même, l'axe du corps faisant avec celui du col un angle plus ou moins grand dont l'ouverture regarde en avant dans les antéflexions, en arrière dans les rétroflexions. Du côté de la cavité, on trouve une obturation plus ou moins prononcée de l'orifice cervical interne, et diverses altérations de la sécrétion et de la texture de la muqueuse. Enfin, dans presque tous les cas, on voit que la partie de l'utérus située au-dessus de la flexion présente les altérations de la texture notées précédemment à l'occasion de l'engorgement chronique : augmentation de volume et changement de consistance en rapport avec la marche et la durée de la maladie.

Les opinions ont singulièrement varié sur la gravité de ces lésions ; mais les dissidences ne portent au fond que sur la fréquence plus ou moins grande des accidents qu'elles peuvent déterminer. Ainsi le professeur de Scanzoni a contaté à l'autopsie des flexions utérines qui, du vivant des malades, paraissaient n'avoir pas déterminé de gêne notable; cependant il reconnaît avec la plupart des auteurs que le marasme et la mort peuvent être la conséquence des complications qu'entraînent fréquemmeut à leur suite ces affections.

Un degré prononcé d'antéflexion ou de rétroflexion rendant inévitables les altérations de sécrétion dont la cavité utérine est le siége, on a dirigé le traitement à la fois et contre ces troubles de sécrétion et contre les déformations. A l'état morbide de la cavité utérine, divers modificateurs chimiques ont été opposés sans succès. Quant aux moyens mécaniques de redressement de l'utérus, pessaires, sondes, redresseurs, tout le monde en connaît l'insuffisance et les dangers.

Le traitement, d'après M. Tripier, doit être dirigé surtout contre les altérations de structure du parenchyme utérin. Que celles-ci soient primitives, comme l'admet M. Rokitansky, ou qu'elles soient consécutives, comme le pense avec plus de raison M. Virchow, la guérison de la flexion n'est possible qu'à la condition de leur cessation pour laquelle ne peuvent évidemment rien les moyens insuffisants recommandés jusqu'à ce jour. Or ces lésions de nutrition du parenchyme utérin se résument dans une hypertrophie de la gangue conjonctive qui s'étend à tout l'organe, dans l'affaiblissement de l'action musculaire qui en est la conséquence inévitable, et dans l'atrophie presque complète du tissu contractile au niveau du point où siége la flexion. En même temps, le tissu conjonctif a souvent perdu de sa consistance, et, au lieu de fournir à l'utérus une charpente ferme et résistante, il n'offre plus qu'une masse moins nettement limitée et relativement molle, insuffisamment bridée par une enveloppe musculaire devenue à peu près inerte.

Dans ces conditions, l'électrisation musculaire aura pour effet de rétablir, par une véritable gymnastique, l'équilibre nutritif que des conditions morbides de diverses natures avaient détruit ; elle pourra réduire à leur volume normal le corps et le fond de l'organe, en régulariser la circulation toujours plus ou moins compromise, en tarir les sécrétions morbides et faire cesser ainsi la dilatation de la cavité utérine. En déterminant surtout des contractions de la face postérieure dans les antéflexions et de la face antérieure dans les rétroflexions, on emploie, en outre, le moyen le plus capable de rendre à l'utérus son attitude normale.

La médication électrique est donc appelée à remplir ici deux indications :

1° Faire cesser la déformation primitive, en rendant aux fibres musculaires de la face postérieure dans l'antéflexion, de la face antérieure dans la rétroflexion, une tonicité qui mette obstacle à la tension passive de cette face, et contribue ainsi au redressement de la face opposée.

2° Rappeler les conditions normales de la nutrition en agissant sur le tissu musculaire, qui, s'il n'est pas toujours atrophié d'une manière absolue, est du moins divisé par le développement exagéré qu'a pris sa gangue conjonctive, au point d'avoir perdu ses aptitudes fonctionnelles.

Le procédé opératoire varie suivant qu'il s'agit d'une antéflexion ou d'une rétroflexion.

Dans l'*antéflexion* c'est, autant que possible, sur la face postérieure de l'utérus qu'il faut agir. La malade étant couchée sur le dos, on engagera dans l'orifice externe du col l'excitateur utérin communiquant avec le pôle positif de l'appareil; puis l'excitateur rectal en communication avec le pôle négatif. Pendant la séance, dont la durée variable est déterminée par les conditions indiquées plus haut à l'occasion du traitement de l'engorgement chronique, on promènera sur la face postérieure de l'utérus l'olive de l'excitateur rectal.

Il est bon qu'en même temps une main comprime doucement et de haut en bas la région hypogastrique.

Dans le cas de *rétroflexion,* la malade reposant sur le lit par les genoux et les coudes, on introduit dans l'anus un pessaire Gariel, dans le but de relever autant que possible le fond de l'utérus et d'opérer le redressement de l'organe (1).

La malade étant ensuite couchée sur le dos, on place le spéculum et l'excitateur utérin en communication avec le pôle positif

(1) L'introduction du pessaire dans le rectum est le temps le plus difficile de l'opération. On pourra le rouler dans un spéculum anal, ou bien l'introduire directement après l'avoir rendu rigide par une canule qui le traverse sans obturer le tube insufflateur. Relativement à la forme de ce pessaire, nous ferons remarquer que tous ceux qu'on trouve dans le commerce prennent, lorsqu'ils sont insufflés, une forme trop globuleuse. Une épaisseur plus grande des parois au voisinage de l'insertion du tube de caoutchouc leur donnerait une forme allongée bien préférable à celle qu'ils prennent généralement.

de l'appareil; puis on insuffle le pessaire rectal. Enfin, un excitateur plat répondant au pôle négatif de l'appareil est appuyé un peu fortement sur la région hypogastrique. Il pourra être avantageux de substituer à ce dernier un excitateur vésical.

La séance terminée, on laissera la malade couchée reposer pendant un quart d'heure environ; après quoi seulement on retirera le pessaire rectal. Cette dernière précaution ne doit pas être négligée, parce que l'effet produit se prolonge quelquefois après qu'a cessé la faradisation; il peut alors survenir encore des contractions assez énergiques, que l'on utilise autant que possible en laissant le pessaire en place.

On ne peut pas s'assurer du siége exact des contractions qui surviennent dans les parois utérines, ni voir, par conséquent, si elles intéressent des parties plus étendues que celles sur lesquelles on a la prétention d'agir. Cependant il est vraisemblable que la face sur laquelle on dirige le courant est plus vivement que l'autre sollicitée au mouvement.

C. *Hypertrophie prostatique.* — L'*hypertrophie prostatique* simple a été autrefois décrite d'une manière très-incomplète au point de vue anatomique sous les noms d'*engorgement chronique. engorgement froid, engorgement squirrheux* de la prostate. Les études histologiques modernes permettant d'apprécier assez exactement la nature de cette affection, la part que prennent à sa formation les différents tissus qui concourent à former la prostate, et pouvant fournir ainsi des indications thérapeutiques, on nous permettra de rappeler brièvement quelques détails relatifs à la structure de l'organe à l'état sain et à l'état pathologique.

La prostate doit être regardée comme une masse musculaire pénétrée par des glandes urétrales. D'après les observations de Koelliker, elle constituerait un organe tellement musculeux que la substance glandulaire formerait à peine plus du tiers ou de la moitié de sa masse totale. Voici d'ailleurs comment cet auteur décrit la distribution des fibres musculaires et des éléments glanduleux dans le parenchyme prostatique : En procédant de dedans en dehors, on trouve, après la muqueuse, « une couche de fibres longitudinales jaunâtres, étendue en partie entre le trigone vésical et la crête urétrale, et en partie indépendante des muscles de

la vessie. Cette couche est formée en égale quantité de tissu conjonctif avec des fibres élastiques et de fibres musculaires lisses. On rencontre ensuite une couche épaisse de fibres circulaires qui se continue avec le sphincter vésical et qui s'étend jusqu'au *caput gallinaginis;* cette couche a la même structure que la précédente, je l'appellerai sphincter de la prostate.

« Ces différents plans musculaires enlevés, on tombe enfin sur le véritable tissu glandulaire de la prostate, lequel forme, par conséquent, la partie la plus externe de l'organe, mais dont quelques lobules, cependant, plongent dans les couches musculeuses, et dont les nombreux canaux excréteurs traversent les fibres circulaires et longitudinales pour s'ouvrir sur les côtés du *verumontanum*. La substance glandulaire, très-dense et d'une couleur gris rougeâtre, rayonne des côtés du *verumontanum* vers tous les points de la surface extérieure, et se compose, d'une part, d'un certain nombre de gros faisceaux évidemment musculaires, réunis par du tissu conjonctif; d'autre part, de glandules prostatiques. Celles-ci, au nombre de trente à cinquante, appartiennent aux glandes acineuses composées; elles sont piriformes ou coniques, et se distinguent des glandes en grappes ordinaires par leur texture très-lâche, par leurs vésicules nettement pédiculées et par leurs lobules primitifs peu développés, particularités qui tiennent en partie au tissu musculaire abondant qui sépare leurs divers éléments. »

Les conditions anatomiques qui précèdent permettent de soupçonner le rôle que doit jouer dans l'hypertrophie prostatique l'inertie musculaire, que celle-ci soit primitive ou qu'elle soit consécutive à l'hyperplasie conjonctive.

Pour que la sécrétion prostatique soit évacuée, deux conditions sont nécessaires : action des fibres musculaires extérieures pressant les culs-de-sac glandulaires, et intégrité des canalicules excréteurs qui traversent les parties musculeuses profondes. Or l'observation anatomo-pathologique montre dans l'hypertrophie prostatique des lésions qui accusent assez nettement l'insuffisance des forces chargées d'évacuer le contenu des glandules, en même temps qu'un obstacle au passage dans l'urètre du fluide prostatique sécrété, obstacle qui paraît occasionné par l'augmentation de

consistance de la trame musculeuse et conjonctive hypertrophiée qu'ont à traverser les canaux excréteurs. En effet, la dilatation des cavités glandulaires est le fait le plus saillant. En même temps les canaux excréteurs sont plus difficiles à découvrir : M. Caudmont, dont l'attention s'est portée sur ce point, avoue que la compression de l'organe ne peut plus parvenir à les faire gonfler comme cela a lieu dans les circonstances normales ; il n'a jamais vu d'une manière bien distincte le fluide prostatique suinter par leurs orifices lorsque l'engorgement était considérable. Comme conséquences de ces altérations, on trouve dans les cavités glandulaires ou dans les canaux excréteurs les concrétions connues sous le nom de calculs prostatiques, et qui, d'après Virchow, seraient formées d'une substance protéique. Enfin, les coupes de la prostate laissent voir des marbrures, indices de la gêne apportée dans la circulation des vaisseaux afférents du plexus veineux prostatique.

Quant aux modifications de forme que présente la prostate hypertrophiée et aux changements qui surviennent dans ses rapports avec les organes voisins, ils n'apprennent rien sur la nature de la maladie. Leur principal intérêt est dans l'explication qu'ils fournissent de la plupart des symptômes observés du côté des voies urinaires.

Bridée par des plans fibreux résistants, la prostate, en s'hypertrophiant, proémine surtout du côté de la vessie, où son extension est plus facile; il en résulte une ascension quelquefois considérable du col de la vessie avec allongement, déformation et déviation de la partie postérieure de l'urètre, et déformation de l'orifice urétro-vésical. Il importe de tenir compte de toutes ces circonstances dans la pratique du cathétérisme rendu trop souvent nécessaire par les rétentions d'urine qui sont la conséquence, tantôt de l'affection elle-même et tantôt des accidents qui la compliquent fréquemment : rétrécissement de l'urètre, calculs vésicaux, inertie des parois vésicales.

La thérapeutique des engorgements de la prostate s'adresse surtout aux accidents qui compliquent cette affection. C'est ainsi que la compression par des sondes d'un fort calibre a pour effet, bien moins de diminuer le volume de l'organe que de faciliter le ca-

thétérisme rendu si souvent nécessaire par la rétention de l'urine. Quant aux autres moyens chirurgicaux, ligature, excision, incision, leur emploi ne saurait jamais s'introduire dans la pratique habituelle, tant en raison des dangers qu'ils font courir aux malades que de la spécialité des indications auxquelles chacun d'eux satisfait. Nous devons mentionner cependant comme pouvant rendre momentanément des services, les applications de sangsues faites sur la face inférieure de la prostate à travers la paroi antérieure du rectum ; Amussat a recommandé ce moyen lorsque la prostate est douloureuse au toucher (1), et il a imaginé un spéculum fenêtré qui facilite cette petite opération.

L'action des agents médicaux n'a jamais suffi à procurer des guérisons ; cependant le soulagement que certains malades ont retiré de l'usage interne de l'iodure de potassium, des mercuriaux, du chlorhydrate d'ammoniaque, de la ciguë, des eaux iodobromurées de Kreusnack, doit engager à utiliser ces ressources, au moins comme moyens adjuvants.

L'électrisation de la prostate à l'aide d'un courant d'induction rapidement interrompu paraît devoir donner, dans les cas d'hypertrophie simple, des résultats curatifs qu'on a vainement demandés aux procédés employés jusqu'ici.

Pour agir sur la prostate, on peut procéder de deux manières :

Toutes les fois que le cathétérisme est praticable avec une sonde d'un calibre un peu fort, et qu'il est bien supporté, on introduira dans l'urètre, jusque vers le col de la vessie, un excitateur métallique dont la tige est recouverte d'un enduit isolant. L'autre excitateur, de forme semblable, mais à olive volumineuse, sera conduit par le rectum sur la face postéro-inférieure de la prostate. On fera ensuite communiquer chacun des excitateurs avec l'une des extrémités polaires d'un appareil d'induction à intermittences rapides.

Si le cathétérisme était mal supporté, on pourrait essayer d'agir sur les parties postérieure et latérale de la glande en in-

(1) Amussat, *Leçons sur les rétentions d'urine causées par les rétrécissements du canal de l'urètre et sur les maladies de la prostate,* publiées par le docteur A. Petit. Paris, 1832.

troduisant les deux excitateurs dans le rectum. Mais le premier procédé devra être préféré toutes les fois qu'il sera possible d'y recourir.

—

II. — Extirpation d'un cancer de la langue par la galvano-caustique; pas d'hémorrhagie; par le docteur Semelder, de Vienne.

Le 5 décembre 1859, un garde-forestier, âgé de 57 ans, de la Gallicie, marié, fut admis dans notre division, qui m'est confiée depuis la maladie du médecin en chef. Il avait déjà eu le typhus et des hémoptysies, mais était assez robuste. En septembre dernier, il a remarqué, sur le bord gauche de sa langue, une grosseur qui, quelques semaines après, avait déjà atteint le volume d'une grosse noix, et de laquelle les douleurs irradiaient vers la région de l'articulation du maxillaire. Au commencement de novembre, la grosseur s'ouvrit; il en sortit un liquide clair, jaunâtre. Lors de l'admission, nous constatâmes, sur le bord gauche de la langue, une tumeur plus grosse qu'une noix, dure, bosselée, crevassée à la surface inférieure et ouverte, confusément circonscrite; en avant, elle s'étendait jusqu'au filet; en arrière, elle n'était séparée de l'arcade linguo palatine que par la largeur du doigt; le dos de la langue mou, normal; sur la base de la cavité buccale, à gauche, plusieurs grosseurs, petites et dures; aucune glande engorgée; à la pointe des poumons, respiration faible et indéterminée; rien d'anormal aux organes.

On reconnut que la tumeur pourrait être saisie par la chaîne galvano-caustique, et l'opération résolue, en présence de M. le médecin en chef D'Ulrich, que je remercie humblement de ses conseils excellents (12 décembre 1859).

Le fil de platine fut enfilé dans une longue aiguille à suture; passé derrière la tumeur, de dehors en dedans, et la langue fendue, d'arrière en avant perpendiculairement; puis l'aiguille fut poussée sous le milieu de la tumeur, du dehors jusqu'à la moitié de la première incision; le fil fut passé en travers, et la moitié antérieure de la tumeur séparée de la base de la cavité buccale, par une incision verticale, d'arrière en avant, une troisième incision perpendiculaire et oblique tout à la fois sépara la tumeur, de dedans en dehors, de la partie postérieure de la langue. *Aucune trace de sang*. Le malade supporta l'opération avec grand courage, sans un cri, sans un mouvement.

Lorsqu'on souleva les petites grosseurs, sur la base de la cavité buccale, avec la pince, et qu'on les excisa avec les ciseaux,

une hémorrhagie artérielle se déclara à la partie la plus antérieure; le fer rouge fut sans effet, car le vaisseau, d'abord tiré en avant par la pince, s'était rétracté dans les tissus. Des tampons de charpie eurent un prompt succès. La langue enfla considérablement; les eschares commençaient à se détacher, lorsque, le huitième jour, une hémorrhagie survint à la même place que l'autre; elle fut calmée de la même manière, et ne gêna en rien la marche de la guérison. Le malade fut renvoyé le 4 janvier 1860.

Nous attribuons le succès de notre opération et l'absence d'hémorrhagie, principalement à la grande lenteur que nous avons mise à serrer notre fil; il a pu ainsi, sur la surface cautérisée, se former une escharre d'une épaisseur suffisante.

(*Oester. Zeitsch. f. pract. Heilk.*)

—

III. — De l'électricité continue; par M. le Dr F. Maréchal.

Si l'on se met à analyser la tendance actuelle de l'esprit scientifique en France, on ne tarde pas à remarquer que depuis quelque temps des études sérieuses et persévérantes ont été faites sur l'air, les eaux, la vapeur et l'électricité. Les observateurs ont tour à tour cherché le parti que l'hygiène et la thérapeutique pouvaient retirer de l'emploi de ces divers agents. Les limites du domaine de la science se trouvent ainsi reculées, et l'humanité ne peut qu'applaudir à des tentatives qui promettent d'être aussi fécondes en résultats.

Cette nouvelle tendance ne se présente plus aujourd'hui avec ce caractère de violence et d'exclusivisme qu'affichaient naguère encore la plupart des innovations. Les médecins, et même les hommes du monde, ont tourné d'eux-mêmes leurs regards vers cette étude des moyens naturels; le mouvement s'est généralisé spontanément, et les malades se sont soumis avec confiance aux applications de la science.

De tout temps, l'air, les eaux ou l'électricité ont agi sur nous et malgré nous. Or, les travaux qui s'élaborent actuellement n'ont d'autre but que d'utiliser, de régulariser et de répartir d'une manière infiniment plus rationnelle une certaine somme d'influences de l'ordre physique qui nous enveloppent de toutes parts et qui nous dominent.

La *Gazette des hôpitaux* a récemment publié une longue et savante appréciation de M. le docteur Charles Robin sur l'électricité *de tension* et sur l'électricité *continue*. Les idées les plus justes et les notions les plus nouvelles ont été exposées, groupées et résumées avec un grand soin par cet auteur recommandable. Nous

n'y aurions rien à ajouter, si ce n'est que l'esprit d'application et de vulgarisation expérimentale qui distingue notre époque et lui assignera une place importante dans l'histoire des progrès humains, cherche à introduire l'électricité dans nos conditions d'existence comme une espèce de moitié de nous-même.

Sans doute, nous ne pensons pas que la pile de Volta doive un jour détruire les maladies avec une instantanéité égale à celle qu'elle met à fondre les métaux, mais il est bien probable qu'elle résoudra à sa manière et d'une façon originale plus d'un des problèmes encore si controversés de la médecine. Qui sait alors si les frictions et les applications électriques, faites au moyen de l'électricité continue , ne seront pas devenues des pratiques usuelles, des ressources hygiéniques d'une certaine valeur? L'hydrothérapie et l'usage des douches ascendantes, cependant si difficile à administrer, ne sont-ils pas arrivés parmi nous à l'état d'habitudes familières?

« Les minuties thérapeutiques ne sont point à dédaigner, » comme le disait un jour M. le professeur Trousseau, et nous comprenons très-bien que quand l'entretien de la vie est en jeu, et que lorsque la santé en dépend, il n'est pas de moyen qui doive être négligé. C'est en partant de ce principe que nous avons accordé une sérieuse attention à la *brosse volta-électrique,* dont l'intervention est due à l'un de nos confrères distingués, M. le docteur Hoffmann (de Berlin). Personne n'a songé à contester la présence dans cet appareil du courant d'électricité continue, et d'ailleurs, lorsqu'il s'agit d'une constatation scientifique, il suffit d'observer les résultats de la méthode mise en œuvre. Or, parmi toutes les recherches expérimentales qui ont été faites jusqu'à présent, nous n'en connaissons point qui aient fourni des résultats aussi précieux que ceux dependant de l'emploi de ce nouveau procédé. Dans les diverses affections que l'électricité modifie, soulage ou guérit, rien n'est donc plus facile aujourd'hui que de se servir de la *brosse volta-électrique,* appareil ingénieux, commode, d'un maniement extrêmement simple, et qui nous a déjà rendu, pour notre part, d'éminents services dans notre pratique médicale.

La découverte dont nous venons de parler n'est qu'une preuve confirmative de plus de la tendance si manifeste que nous signalions il n'y a qu'un instant, et la double question de l'électricité de tension et de l'électricité continue dispose désormais d'un élément de plus pour arriver à une solution positive et des plus satisfaisantes. (*La Direction.*)

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

TABLE DES MATIÈRES.

Sixième lettre. — A M. le docteur H. van Holsbéek, directeur des *Annales de l'Électricité médicale.* 81

Clinique électro-médicale. — I. *Paralysie du voile du palais.* 83

II. *Hydrocèle.* 84

III. *Tremblement du bras droit.* 85

Revue électro-thérapeutique. — I. *De l'emploi de la faradisation dans le traitement des engorgements et déviations de l'utérus et de l'hypertrophie prostatique; par le docteur* TRIPIER, *de Paris* (Suite et fin). 86

II. *Extirpation d'un cancer de la langue par la galvanocaustique; pas d'hémorrhagie; par le docteur* SEMELDER, *de Vienne.* 94

III. *De l'électricité continue; par le docteur* F. MARÉCHAL. 95

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel d'électro-thérapie; exposé pratique et critique des applications médicales et chirurgicales de l'électricité ; par le docteur A. Tripier. 1 vol. in-18, illustré de 89 planches intercalées dans le texte. — Prix : 6 fr.

Mémoire sur la différence d'action physiologique et chimique des pôles positif et négatif dans les courants voltaïques ou continus et dans les courants d'induction; suivi de **deux lettres sur l'électro-thérapie** : la première sur la doctrine des courants continus, permanents, de M. Hiffelsheim ; la seconde sur les appareils électro-médicaux ; par le docteur Nivelet, de Commercy (Meuse). — A Paris, libraire Leiber, rue de Seine-Saint-Germain, 13 ; à Commercy, chez l'auteur. — Prix : 2 fr.

De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique; par le docteur Duchenne (de Boulogne), 2e édit. entièrement refondue, avec 179 figures intercalées dans le texte et une lithographiée. Paris, 1861, 1 vol. in-8o. — Prix : 14 fr.

Compendium d'Électricité médicale; par M. le doct. H. van Holsbéek. 2e *édition*, beau vol. in-12 de 700 pages, revu, corrigé et augmenté, orné de 15 gravures. — Prix : 7 fr.

Annuaire médical de la Belgique, d'après les documents officiels ; par le même. 1 vol. in-18. — Prix : 4 fr.

De l'électrisation généralisée; par le doct. Nivelet, de Commercy. volume in-8o de 107 pages. — Prix : 3 fr.

Ces ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Tircher. — *On expédie* franco *contre envoi de timbres-poste ou d'un bon sur la poste.*

APPAREILS ÉLECTRO-GALVANIQUES.

Appareil no I avec les instruments indispensables pour appliquer l'électricité et une pile de rechange : 1o A deux courants. Prix : 150 fr. — 2o A un courant (*courant de premier ou de second ordre, à volonté*). Prix : 60 à 100 fr.

Appareil no II. — (*Vade-mecum* du médecin électricien) : L'appareil, la pile et les différents instruments sont renfermés dans une même boîte. — La pile s'alimente par des ingrédients qui ont toutes les propriétés des acides sans en avoir les inconvénients. Prix : 200 fr.

Ces appareils, confectionnés avec un luxe et un soin remarquables, ont atteint le dernier degré de la perfection. Ils sont d'autant plus recommandables qu'ils permettent aux praticiens de remplir toutes les indications électro-médicales.

S'adresser, pour ces appareils, à M. O'Connell, fabricant, chaussée de Haecht, 115, à Schaerbeek, lez-Bruxelles.